



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCION DE POST GRADO



**TESIS**

“NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO RESPECTO AL CUIDADO ENFERMERO EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
LAMBAYEQUE - CHICLAYO 2015”.

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

ESPECIALISTA EN CUIDADOS CRÍTICOS Y EMERGENCIA

AUTORAS:

Lic. Enf. GONZÁLES BUSTAMANTE ELA YANET

Lic. Enf. GUEVARA MEDINA MAVILA.

ASESORA:

Mg. Enf. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO

LAMBAYEQUE- PERÚ 2016

**“NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE  
HOSPITALIZADO RESPECTO AL CUIDADO ENFERMERO EN LA  
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL REGIONAL  
LAMBAYEQUE - CHICLAYO 2015”.**

TESIS APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO:

---

DRA. MARIA MARGARITA FANNING BALAREZO

PRESIDENTA

---

MG. MARÍA ROSA VÁSQUEZ PÉREZ

SECRETARIA

---

MG. MARÍA ROSA BACA PUPUCHE

VOCAL

---

MG. DORIS LIBERTAD PAIS LESCANO

ASESORA

# DEDICATORIA

*Me dirijo a Dios y dedico esta Tesis, agradeciéndole cada día de vida que tengo, porque gozo de su bendición al ser lo que soy y enseñarme a levantarme ante la adversidad día a día. Gracias por estar siempre conmigo.*

*A mi compañero y confidente Osterman, mis pequeños hijos: Mario, Mariana y Jesús Adriano que son la base de mí existir y la realización como mujer y madre. Gracias por ser mi gran motivación y aliento.*

*A mis padres Juanita y Edgar por ser como son, por su incondicional apoyo y amor a lo largo de mi vida. Gracias eternas por estar allí.*

*Para finalizar, también agradezco a todas las personas que contribuyeron a la elaboración y conclusión de la presente Tesis ya que gracias a sus aportes, compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional. Gracias especiales.*

*Ela Yanet*

*Dedico esta Investigación en primer lugar a DIOS, por haberme dado la vida y la oportunidad de elegir una profesión de servicio y entrega a los demás; porque a pesar del tiempo que ha transcurrido desde que terminé la especialidad, me permitió llegar hasta este momento tan importante en mi formación profesional.*

*A mis padres y hermanos que viven físicamente lejos de mí, pero que continuamente me demuestran su amor y apoyo incondicional.*

*A un ser especial que es un regalo de Dios: mi hija FABIANA NICOLLE, ella es el estímulo perfecto para que cada día continúe creciendo y desarrollando aspectos importantes en mi vida personal y profesional.*

*A mi hermana EDELMIRA y su familia que viven conmigo y que son un apoyo importante en mi vida, porque están dispuestos a escucharme y ayudarme en cualquier momento.*

*A mi amiga y compañera de tesis ELA YANET, porque sin el equipo que formamos, no hubiera logrado hacer posible esta meta.*

*Mavila.*

# **AGRADECIMIENTO**

*A nuestro Padre Celestial por guiarnos e iluminarnos con su fortaleza y espíritu, para seguir adelante sin desfallecer a pesar de todos los tropiezos y dificultades que hemos tenido y hemos enfrentado a lo largo del desarrollo de esta investigación.*

*A la Mg. Doris Pais Lescano, nuestra asesora y amiga, por su disponibilidad, su paciencia, por el apoyo incondicional y por compartir con nosotras sus conocimientos y experiencia en la investigación.*

*Al Mg. Juver Augusto Carrasco, por ayudarnos y orientarnos con la investigación cuantitativa, sobre todo en la parte estadística.*

*A los familiares de los pacientes hospitalizados de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque, que voluntariamente compartieron su información e hicieron posible esta investigación.*

## ÍNDICE

CONTENIDO	PÁG
RESUMEN	3
ABSTRAC	5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Antecedentes del problema	13
2.2. Base teórica y conceptual	17
2.3 Definición de términos operacionales	28
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	30
3.1.Tipo de investigación	30
3.2. Diseño de la Investigación	30
3.3. Población y muestra	31
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	32



3.5. Método de procesamiento de la información	33
3.6. Aspectos éticos	34
3.7. Criterios de rigor científico	36
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
4.1. Resultado de tablas y gráficos	39
4.2. Discusión de los resultados	43
CAPITULO V: CONCLUSIONES	55
Recomendaciones y sugerencias	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	

## RESUMEN

El ingreso de un paciente a una UCI, genera una situación compleja, que afecta no sólo el aspecto físico, sino también su propia identidad como persona, por lo que aquí no solo el paciente es el que percibe el cuidado de enfermería, sino también la familia. Esta situación motivó la investigación cuantitativa: “Nivel de Percepción de la Familia del paciente hospitalizado respecto al Cuidado Enfermero, en la UCI del Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo del 2015”. El objetivo general fue determinar el nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado, respecto al cuidado enfermero en esta unidad del Hospital Regional Lambayeque; los objetivos específicos fueron determinar el nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado, respecto al cuidado enfermero en relación a la calidad técnica, humana y del entorno. El diseño empleado fue descriptivo - transversal. La muestra estuvo conformada por 53 familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, durante los meses de julio a diciembre 2015. La recolección de datos se realizó mediante un instrumento que constó de 21 preguntas formuladas según la escala de Likert. El manejo de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS *versión 20*. Los resultados revelaron que la percepción del familiar sobre la calidad técnica del cuidado enfermero, es buena en un 66% y excelente en un 30 %. En relación a la calidad humana, el cuidado enfermero es excelente en un 71% y buena en un 25%; Con respecto a la

calidad del entorno los familiares la perciben en un 70% como excelente y un 30 % como buena. Entonces se concluye que la percepción del familiar sobre la calidad del cuidado enfermero es excelente en un 60% y buena en un 38%.

**Palabras clave:** cuidado enfermero, familia, unidad de cuidados intensivos.

### **ABSTRACT**

The admission of a patient to the Intensive Care Unit generates in the family biopsychosocial needs that need to be addressed, this situation motivated the quantitative research: "Level of Perception of the Family of Hospitalized Patient regarding Nursing Care in the ICU of the Regional Hospital Lambayeque. Chiclayo of 2015 ". The general objective was to determine the level of perception of the family of the hospitalized patient, regarding the nursing care in this unit of the Lambayeque Regional Hospital; the specific objectives were to determine the level of perception of the family of the hospitalized patient, regarding nursing care in relation to technical, human and environmental quality. The design used was descriptive - transversal. The sample consisted of 53 relatives of patients hospitalized in the ICU during the months of July to December 2015. Data collection was performed using an instrument that consisted of 21 questions formulated according to the Likert scale. Data were handled using the statistical software SPSS version 20. The results revealed that the family's perception of the technical quality of nursing care is good at 66% and excellent at 30%. In relation to human quality, nursing care is excellent in 71% and good in 25%; regarding the quality of the environment, the family perceived it as 70% excellent and 30% as good. We conclude that the family's perception of the quality of nursing care is excellent in 60% and good in 38%.

Key words: nursing care, family, intensive care unit.

# **CAPITULO I**

## 1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad experimentado por una persona es una situación compleja, que afecta no sólo el aspecto físico, sino también su propia identidad como persona; produce en ella un sufrimiento que alcanza una dimensión psicosocial.

En esa etapa no solo experimenta sensaciones desagradables, sino que evidencian preocupación y miedo ante los procedimientos a los que son sometidos; las condiciones del ambiente entre otras, por tanto, es importante que el cuidado comprenda no solamente lo que el hombre piensa, sino también lo que siente; de igual manera percibe angustia por el desconcierto de su familia, y la desesperación de no verlos<sup>1</sup>.

Ante esta situación el personal de salud en especial las enfermeras son las encargadas de suplir muchas de estas necesidades, específicamente las físicas como; higiene, seguridad, administración de medicamentos entre otros; sin embargo a pesar que pueden realizar un mismo procedimiento existe una diferencia entre el cuidado brindado de una enfermera a otra; y esto es la trascendencia del cuidado, es decir del entusiasmo y de características propias de la enfermera como persona. Así lo afirma Watson<sup>2</sup>, cuando sustenta que el cuidado puede ser capaz de trascender la técnica, porque engloba otras dimensiones, como la familia, las necesidades psico-emocionales, la comunidad, las relaciones interpersonales e interprofesionales, el afecto, la escucha, la política filosófica institucional, entre otras.

El cuidado está relacionado a la dimensión ontológica y epistemológica del ser humano, siendo un proceso que determina las acciones, el verdadero "estar en el mundo", hace parte de nosotros como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificultades, conocemos el mundo, a nosotros mismos, nuestras posibilidades, necesidades y limitaciones. Para Barbosa L y Azevedo L<sup>3</sup>, el acto de cuidar aparece con un significado para el ser humano, que puede clasificarlo de acuerdo con su manera de vivir. Expresado de otra manera el cuidado es una manifestación de la persona, es el entusiasmo con el cual realiza una actividad, es el interés por conocer el efecto del medicamento en el paciente, son las ganas de brindar algo más que unas horas de trabajo, entre otras. Tales aspectos son de mayor complejidad cuando el paciente se encuentra en estado crítico, es sometido a procedimientos invasivos complejos que proveen el recuperar la salud del paciente. En las unidades de cuidados críticos no solo el paciente percibe el cuidado sino también la familia, quienes muchas veces ven a la unidad como agresiva, hostil, entre otros adjetivos negativos.

Otro de los aspectos importantes es la infraestructura de las unidades de cuidados intensivos de adultos, que por lo general, son espacios cerrados y regulados por los profesionales, en particular por las enfermeras. Esto significa que “los de adentro” (pacientes y profesionales de la salud) mantienen poco contacto físico, emocional y de comunicación con los “de afuera” (familiares/allegados de los pacientes) y que éstos no tienen facilidad para acceder al interior de la unidad. La relación se restringe a los horarios de visita

y al momento de la información médica, siendo este profesional quién lidera la relación con los familiares<sup>4</sup>, Este mismo autor afirma que la satisfacción de familiares y pacientes y acerca de los procesos informativos, subyace la idea de que los familiares son elementos externos a la unidad. Muchas veces las investigadoras hemos observado a lo largo de nuestra experiencia como enfermeras que en las UCI, que el personal de enfermería se enfoca al cuidado del paciente durante las horas de trabajo, sin embargo cuando existe la interacción con la familia, estas no realizan ningún procedimiento y poco o nada informan sobre el estado de salud del paciente, aspecto que son considerados como negativos por parte de la familia, quien exige a cada profesional una respuesta, ante sus innumerables interrogantes. Esta relación pone en entredicho la calidad del cuidado de enfermería, puesto que las familias poco o nada evidencian las actividades que en la unidad se realiza.

En ese sentido estas familias y los pacientes que vivencian el proceso de internamiento en la UCI tienen sus inquietudes sobre la atención que se brinda en una unidad de cuidados intensivos, las expectativas con el suceso o el fracaso de las tentativas de recuperación, además de la construcción de una realidad imaginaria como una combinación de ambivalencias, situadas entre la recuperación de la vida y el riesgo de la muerte. En definitiva la percepción de cuidado enfermero por parte de los familiares en las unidades críticas es una apreciación compleja puesto que aquí se evidencia varios aspectos, como infraestructura, equipos, etc., sin embargo esto solo son reflejo de la calidad en la atención, puesto que el cuidado enfermero aplica como esas atenciones son



llevadas o recibidas por el familiar y la persona. Ante esta problemática las investigadoras se plantearon las siguientes preguntas: ¿Qué demandas concretas hacen al personal de salud?, ¿Cómo piden ser atendidos?; ¿Qué opinión tienen sobre el cuidado de Enfermería?; entre otras.

Frente a estas interrogantes, se planteó el siguiente problema de Investigación ¿Qué nivel de percepción tiene la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo. 2015?, cuyo objetivo general fue determinar el nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado, respecto al cuidado enfermero, en el Hospital Regional Lambayeque. Los objetivos específicos fueron determinar el nivel de percepción de la familia respecto a la calidad técnica del cuidado enfermero; determinar el nivel de percepción de la familia respecto a la calidad humana del cuidado enfermero y tercero determinar el nivel de percepción de la familia respecto a la calidad del entorno.

El presente estudio se justifica en la necesidad que actualmente la sociedad exige de los servicios de salud, sobre todo en las unidades críticas, que por las características del servicio los pacientes se encuentran conectados generalmente a monitores, catéteres y otros aparatos. Inmersos en esta situación están los familiares, asustados muchas veces, con un enorme sentimiento de frustración, golpeados por el dolor, angustia, desesperación e incertidumbre.

Esto obliga en este caso al personal de enfermería a proporcionar cuidados de calidad, tanto al paciente como a la familia desde una perspectiva bio -

psicosocial, por lo que amerita ser atendido y tomado en cuenta. En tal sentido el conocer como los familiares perciben el cuidado de enfermería, nos permitió dar un enfoque real de lo que sucede, considerando que el escenario donde se realizó la Investigación es una institución recién creada, con personal dispuesto al cambio y con actitud de mejora. De la misma forma estos resultados de la investigación servirá, para incorporar formalmente a la familia en la aplicación del proceso del cuidado; así mismo servirá para la elaboración de guías o protocolos de atención donde se incluya a la familia activamente como un soporte básico en la recuperación del paciente y de punto de partida para la realización de otras investigaciones.

## **CAPITULO II**

## **2. MARCO TEÓRICO.**

### **2.1. Antecedentes de la Investigación.**

A continuación presentamos los trabajos de investigación que facilitaron no solo la discusión de los resultados sino también la comprensión del objeto de estudio.

Barbosa y Azevedo<sup>3</sup>, realizaron en el 2006 la investigación denominada “Significados y percepciones sobre el Cuidado de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos” concluyendo que el discurso de enfermeros, de familiares y del paciente refuerza la necesidad de ampliarse la dimensión del cuidado en la UCI, no centrándose solamente en la técnica o en la rutina, pero sí contemplando la participación de los vínculos y la valoración de las necesidades psico-sociales de las personas. Consideran además que el discurso humanizado puede ayudar en el rescate de la lógica del saber integral, disminuyendo la atención biomédica y fragmentada, además de concebir al hombre como un todo, Es decir constituido de cuerpo, mente, espíritu y relaciones sociales.

Hernández, Zequeira y Miranda<sup>5</sup>, en el 2010 publicaron: “La percepción del cuidado en profesionales de enfermería”, donde las mayores diferencias se hicieron evidentes entre las concepciones de enfermeros generales y master, en las concepciones del cuidado como característica humana posee un nivel de significación 0,094 y como imperativo moral 0,043 de la prueba de chi cuadrado. Concluyendo que existen diferencias en relación a la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y

las categorías del cuidado investigadas. Los resultados apuntaron la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

De Oliveira, Cátia Millene Dell Agnolo<sup>6</sup>; en el 2010 realizaron un estudio denominado “La hospitalización en la unidad de cuidados intensivos: la visión de los pacientes que experimentaron” con el objetivo de entender, desde la perspectiva de un paciente adulto, la experiencia de experimentar una estancia en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), contribuyendo así para mejorar la calidad de la atención y facilitar la adaptación en un entorno tan estigmatizada.

Ramírez, Perdomo y Galán<sup>7</sup>, realizaron en el 2013 el estudio denominado “Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos” donde el objetivo de estudio fue describir y correlacionar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos llegando a las siguientes Conclusiones: La categoría estructura logra una calificación mala en el 17,6% de los casos, regular en el 43,7% y buena en el 38,7%; la categoría procesos adquiere una calificación de mala en el 5% y regular en el 95%; la categoría resultados registra una calificación de mala en el 17,6%, regular en el 63% y buena en el 19,3%.

Abizanda<sup>8</sup>, en el 2007 realizó la investigación denominada “Necesidades reales de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional” cuyos objetivos fueron: identificar las

necesidades de los familiares de los pacientes ingresados en UCI que se debe intentar satisfacer y establecer en cuál de los tres componentes básicos de la calidad están dedicados los esfuerzos de los autores. Los resultados revelan que las obligaciones profesionales de los médicos no solo influyen lo asistencial a los pacientes hospitalizados, sino también deben incluir en cubrir las necesidades de los familiares o allegados para, que de esta manera, alcanzar en su totalidad los objetivos de beneficencia a que se refiere la bioética médica convencional, es decir, la percepción del receptor de la acción de sentirse beneficiado por ella.

Velásquez Parvina Luz, en Lima, el 2006, realizó un estudio titulado “Percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera en la Clínica Tezza”, el cual tuvo como objeto determinar la percepción que tienen los familiares sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en la Clínica Tezza. El estudio fue de método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por 20 familiares de los pacientes de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos. El instrumento fue una escala de Lickert modificada. Las conclusiones fueron entre otras que “la percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera fue en 13 términos generales favorable, lo cual se relaciona al trato individualizado, un tono de voz adecuado y una atención oportuna.”<sup>9</sup>

Canales<sup>10</sup>; en el año 2003 realizó el estudio sobre “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera

durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ”. El objetivo fue determinar la percepción del familiar del paciente crítico respecto a la intervención de enfermería en la dimensión de comunicación verbal, no verbal y apoyo emocional. Los resultados revelan que las enfermeras no orientan a la familia sobre la forma de hacer frente a los sentimientos de angustia, no tienen un tono cálido al hablar con los familiares y no tranquilizan con palabras de aliento.

Los aspectos desfavorables e indiferentes en el área de comunicación verbal fueron que las enfermeras no preguntan sobre los problemas que enfrentan el paciente, ni explica los procedimientos que se realiza; en el área de comunicación no verbal, no le mira de manera cálida al responder alguna inquietud del familiar y en el área de apoyo emocional no le toman de la mano cuando los observan tristes o afligidos y no se acerca para tranquilizarlos.

Los aspectos favorables en el área de comunicación verbal están dados por que utilizan un lenguaje claro y sencillo al responder alguna inquietud al familiar, en la comunicación no verbal, explica los procedimientos y le presta atención cuando le pregunta algo, mientras que en el aspecto de apoyo emocional, se muestra atentas y comprensivas con los familiares del paciente. Se concluyó que los familiares del paciente crítico perciben la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente

en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal.

## **2.2. Base teórica y conceptual**

El presente estudio está fundamentado por el cuidado enfermero, percepción y calidad. El primer supuesto es el cuidado Humano, según Watson<sup>2</sup>, considerado como un acto humano, un acto de amor, bondad, afecto y empatía, que busca el bienestar integral de la otra persona, este cuidado se humaniza por medio de la corporalidad, ya que nuestro cuerpo habla a través de ella, el cuidado es la razón de ser de enfermería y no deja de ser una excepción en las personas enfermas, por lo que las enfermeras deben tener en cuenta cómo es que su cuerpo habla a través de sus movimientos, mirada y lenguaje, haciendo conciencia de ello para poder establecer un cuidado con sensibilidad y estética, un cuidado transpersonal capaz de transformar vidas.

Esta teórica, hace referencia al cuidado como transpersonal, es decir el cuidado tiene enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y lo ve como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta. Por lo tanto el ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana.



El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Podemos afirmar que el cuidado va más allá de la preocupación por la vida interior de la persona en estado crítico, estableciendo un contacto real y auténtico, una conexión donde podemos abrazar el alma de esa persona a través de la corporalidad que nos ayudará a brindar un excelente y mejorado proceso de cuidado.

Watson propone diez factores curativos: La formación de un sistema humanístico – altruista de valores, la inculcación de la fe-esperanza, el cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, el desarrollo de una relación de ayuda-confianza, la promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos, el uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones, la promoción de la enseñanza– aprendizaje interpersonal, la provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual, la asistencia en la gratificación de las necesidades humanas y la permisión de fuerzas existenciales–fenomenológicas.

La cuidadora debe estar sensibilizada y habilitada para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables, en este sentido, el cuidado tiene un punto de máxima importancia, pues los esfuerzos de buscar la restauración van más allá de lo físico. Representan apoyo y permiten que el otro, es decir el ser cuidado sea sí mismo, en su propia especificidad y singularidad. La cuidadora busca en este último análisis, mantener la

integridad del ser vulnerable, independiente de su condición, sea esta de cura, alivio o en fase terminal. La ayuda se manifiesta al tratar el sufrimiento, la incapacidad y la limitación, o aún para apoyar los estados de miedo y ansiedad, entre otras condiciones.

El proceso de cuidado se establece en una cultura organizacional hospitalaria que presenta componentes de tipo variable y que pueden ser visualizados según presentado de forma gráfica y descrita por Waldow<sup>11</sup>; este autor afirma que los componentes se destacan al medio ambiente incluyendo al medio ambiente físico, administrativo, social y tecnológico.

Los ambientes mencionados componen el escenario de enfermería, que en su función administrativa, son responsables por el cuidado, el cual es considerado de tipo transformador, en el cual ambos, el ser cuidado y la cuidadora crecen.

Es importante que al paciente, considerado y respetado como una persona singular, se le aclaren todas sus dudas sobre su estado. También es importante, que él adquiera mayor conocimiento sobre sí, sobre su enfermedad, en fin, sobre su condición existencial del momento, con el objetivo de emprender de forma serena, estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan y así trazar planes futuros.

Por otro lado el paciente al ser cuidado, vive una experiencia única tanto en relación a su enfermedad como con relación a la hospitalización. El sentirse enfermo o estar enfermo provoca una ruptura en su relación del ser

humano con el mundo. El individuo hace frente a una amenaza (enfermedad, sufrimiento, incapacidad y muerte) a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una temporal o definitiva desestructuración denominada según Waldow<sup>11</sup>; de crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, tanto físico como psicológico, social y espiritual.

Todos estos pacientes exacerban la vulnerabilidad del paciente, tornándolo más frágil. Su experiencia de vivir se encuentra obstaculizada, desarticulada, fuera de su ritmo normal. La relación del paciente con los otros también está comprometida, ya que su intimidad, su privacidad son invadidas, modificando su rol social. El paciente se siente oprimido, paralizado en sus movimientos y pensamientos, humillado y dependiente. Es común que se establezca una nueva definición de valores, el paciente ve el ahora, como era y como es hasta ahora, se pregunta sobre su futuro, en aquello que se convertirá. Existe una reflexión sobre el sentido de vida, sobre sus prioridades.

Varias preguntas se dan debido a la enfermedad, durante la hospitalización y durante el proceso de cuidado, tales como: ¿qué está sucediendo conmigo? ¿Qué harán o están haciendo conmigo? ¿Eso va a doler? ¿Moriré? ¿Estas personas son competentes, saben lo que están haciendo? ¿Serán capaces de ayudarme? y más aún. Al percibir su situación, el paciente puede aceptar o no el cuidado, no obstante se someten a la autoridad médica en relación a su diagnóstico y tratamiento, colocándose

en sus manos. De la misma forma, acepta y se somete a los demás cuidadores y sus cuidados.

El aceptar y colaborar son aspectos que se relacionan con varios ítems descritos por Pellermino y analizados por Francesco Torralba<sup>12</sup>, para aceptar y colaborar el cuidado, es imprescindible la confianza y el conocimiento de los cuidadores, es decir, cuando el paciente es informado y consciente sobre lo que le sucede. De esta forma, el individuo responderá al tratamiento y al cuidado en la medida en que la confianza sea preservada, lo que corresponde a tener conciencia sobre la competencia, responsabilidad y la atención ofrecida por la cuidadora. También el ser cariñoso, interesado y respetuosos son claves, para que el paciente responda positivamente, lo cual le da tranquilidad y seguridad. Estas respuestas pueden ser verificadas a través de varios signos, sea a través de la expresión de duda, quejas o inclusive el silencio. Respuestas objetivas que pueden ser detectadas, tales como: relajación, disminución del dolor, fiebre, signos vitales estables, además de datos percibidos por la cuidadora y familiar como los ya citados: postura, expresión facial, entre otros.

De esta manera el familiar acompañante de una persona en estado crítico no sólo debe enfrentarse a la idea de la muerte en sí y de la ausencia definitiva del ser querido, si no tomar una serie de decisiones, adaptarse a diferentes exigencias, cumplir con una serie de tareas que pueden resultar contradictorias y enfrentarse a reacciones emocionales, ambivalentes y perturbadoras, tanto para la familia cuanto para el individuo. El familiar

representa el lazo que une a la persona enferma en estado crítico con el personal de salud, el familiar recibe y se comunica con el personal de enfermería sobre los cuidados, la prevención, la evolución de la enfermedad y el alivio del dolor del ser querido; igualmente el familiar debe recibir ayuda profesional para aprender a manejar sus temores y emociones y comprensión para ejercer su rol protector de la persona.

Entonces podemos afirmar que el familiar es insustituible, ya que ellos colaboran eficaz y activamente en el cuidado de la persona enferma siempre y cuando la enfermera lo instruya de una forma adecuada.

La enfermera deberá entenderlos y ayudarlos ya que cuando se enteran del diagnóstico de la enfermedad sufren una alteración a nivel psicológico pues tendrán que enfrentarse o hacerse la idea que la muerte de su familiar está próxima. La corporalidad entre enfermera- familiar acompañante debería ser empática, de amor, solidaridad, sensibilidad y cordialidad, ayudándose mutuamente para mejorar la calidad de vida de la persona enferma, la enfermera deberá aprender a escuchar al familiar, a sonreírle, a preguntarle y responderle aquellas inquietudes que le angustien, donde el cuerpo de la enfermera sea instrumento de energías positivas y de paz.

Tales aspectos están establecidos a la calidad de la atención en establecimientos de salud, los cuales están en relación a las actuales tendencias la globalización y el fortalecimiento de las democracias en la organización política y social, el neoliberalismo, el libre mercados, etc. Han impactado fuertemente en los países latinoamericanos, obligándolos a

desarrollar políticas de estabilización económica y reformas estructurales profundas. Artaza<sup>13</sup>, dentro de este contexto, la concepción de salud como un bien colectivo y de derecho universal, responsabilidad del estado ha variado hacia concebirla como un bien individual y por consiguiente un derecho privado y por lo tanto será la oferta y la demanda la que regule el mercado de los servicios de salud.

El desenvolvimiento exitoso de las organizaciones de salud en un escenario empresarial donde la eficiencia, calidad y equidad sean las características de la atención de salud, y tales características dependerá del desarrollo de modernas formas de gerencia basadas en enfoques múltiples que oriente la calidad integral del servicio, que enfatiza la importancia de la calidad interna de la organización como una condición fundamental para lograr la calidad externa de la misma. Todo lo mencionado obliga a las empresas a hacerse más eficientes para poder mantenerse en el mercado.

Para Juran<sup>14</sup>, hay dos formas básicas de concebir la calidad: una desde el punto de vista del que ofrece el servicio y otra desde la perspectiva del cliente. Asimismo menciona que calidad significa aquellas características del producto, que se ajustan a las necesidades del cliente y que por tanto le satisfacen.

Para poder analizar la calidad tanto en la planificación de ella como en la medición de la misma es necesario definir a la calidad a través de dimensiones, estas dimensiones a su vez son expresadas a través de atributos las cuales pueden identificarse y medirse como una unidad de

calidad, de tal modo Donabedian<sup>15</sup>, plantea tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención (calidad técnica), las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario (calidad humana), y el contexto o entorno de la atención (entorno de la calidad). Estas dimensiones a su vez han sido relacionadas con los enfoques de estructura, proceso y resultado.

Al ofrecer servicios de salud, es necesario recordar que se deberá determinar cuáles son las necesidades del usuario, porque la satisfacción del mismo depende de cuan bien habremos cubierto las expectativas. No interesa en éste momento el desempeño de la institución y de sus trabajadores, lo que interesa es cómo percibe el usuario.

Para enfermería, la atención se basa en el cuidado brindado que según el Institute of Medicine de Washington<sup>16</sup>, define calidad del cuidado de la salud como “la medida en que los servicios de salud, tanto los enfocados a los individuos como las poblaciones, mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”. La calidad del cuidado de enfermería es el resultado alcanzado a través de la Gerencia del cuidado, de la satisfacción de las necesidades reales y sentidas de los usuarios (persona, familia y comunidad), en lo cual intervienen el personal de salud. La calidad del cuidado es una de las principales preocupaciones de los profesionales de enfermería y es hacia donde deben ir dirigidas todas las acciones, con la meta de lograr el mejoramiento del cuidado proporcionado a los usuarios

Donabedian<sup>15</sup>; define la calidad de la atención como: “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención”. Desde este punto de vista, la calidad en la atención se muestra como una propiedad compleja, pero capaz de análisis sistemático y permite un grado de seguridad en la evaluación que lejos de ser perfecta, es suficiente para efectos prácticos y establece tres categorías dentro del control de la calidad:

La Estructura, es determinada por los recursos materiales, talento humano y la estructura organizativa. Tiene relación con el ambiente físico, los recursos tecnológicos, las instalaciones, el talento humano, los sistemas de información, el estado financiero y la hotelería. Los Procesos: relacionado con lo que en realidad sucede en el proceso del cuidado de la salud, las acciones que realiza el paciente al buscar y llevar a cabo su cuidado, y las actividades del profesional para satisfacer las necesidades de los usuarios.

Por otro lado, el grado de satisfacción es la percepción que tiene todo usuario para recibir un servicio considerando ciertos aspectos como técnicos, administrativos, relaciones interpersonales; entendiendo también como el grado de contento o placer o gusto obtenido por calidad, al conjunto de cualidades que constituye la manera de ser de una persona<sup>16</sup>.

Cevallos<sup>17</sup>; considera a la visión como el órgano principal en la percepción de los actos, fenómenos o hechos que nos rodea. “La percepción es el conjunto de actividades que entraña el proceso psico-físico de la visión al



recibir consciente o inconscientemente las distintas señales que emanan del mundo circundante y que permiten o provocan estados, reacciones etc, también conscientes e inconscientes”. Este mismo autor menciona que: “para percibir y juzgar a las personas; el primer paso es formar una impresión acerca de ella, esta impresión dirige nuestras reacciones e influye en la relación interpersonal” Al formar una interpretación sobre otra, observamos sus acciones, notamos su tono de voz, sus expresiones faciales, seguimos lo que dice, como lo dice y lo que hace cuando interactúa con nosotros.

Luego utilizamos ésta interpretación para juzgar sus conocimientos, deseos, sentimientos, personalidad, objetivos. En respuesta a esto nuestras acciones y actitudes dirigidas hacia los demás se guían por estos juicios. Estas impresiones pueden cambiar a medida que nos informamos más de ella, mas nuestras primeras impresiones se resisten al cambio. La percepción es mediada en gran medida por el lenguaje, es decir por la comunicación verbal y la comunicación no verbal (gestos miradas, caricias, etc).

La percepción no es suma de sensaciones, es más complejo. Es un proceso unitario que se orienta hacia una actividad. Es un proceso mental, cognoscitivo que nos permite formar conceptos, opiniones, impresiones, sentimientos, acerca de un individuo, objeto o fenómeno en función a las experiencias pasadas, al contexto social, al conocimiento de la realidad de acuerdo a nuestras necesidades, intereses, aspiraciones y deseos.

Como podemos darnos cuenta la percepción es algo más que el procesamiento de la información del exterior captada por nuestros sentidos y está condicionada por el sentir o el estado anímico de la persona así como su experiencia previas, comprensión y la información que éste tenga de una situación en sí, además de la calidad del primer contacto que tenga con la persona y sufre la influencia de estímulos externos y factores internos; motivo por el cual no todos percibimos o interpretamos un hecho o fenómeno de la misma forma. Por lo cual el primer paso en la prevención o reducción de la tensión emocional es determinar cómo percibe el paciente y su familia la situación, dicha percepción está condicionada por la personalidad de cada individuo, la comprensión de la situación, la información que tenga, la intolerancia frente a la incertidumbre y la forma de enfrentar la situación.

Al referirnos de la percepción del familiar sobre la intervención de la enfermera, estaríamos avocándonos a la actitud que esta tiene con los familiares, es decir la forma como esta interactúa, como es su comunicación con el familiar, como es su trato y la forma como el familiar interpreta o juzga dicha intervención. Esta percepción de la intervención de la enfermera en la crisis situacional que sufre el familiar, va a estar condicionada en especial por el apoyo emocional, el acercamiento, la información, como se comunica y la ayuda que la enfermera brinde en este momento de crisis.

### 2.3. Definición de Términos Operacionales.

**PERCEPCIÓN:** Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, es decir el proceso de interpretación de los estímulos en el cual se asigna significado a nuestras sensaciones.

Percepción de los familiares del paciente crítico, respecto al cuidado Enfermero es toda aquella información, expresión o respuesta emitida o referida verbalmente por el familiar del paciente crítico, considerando las calidad del cuidado en sus tres dimensiones: calidad técnica, calidad humana y calidad del entorno. La misma que fue obtenida a través de un cuestionario estructurado con una escala modificada tipo likert considerando la siguiente valoración: malo, regular, bueno y excelente.

**FAMILIA:** Conjunto de personas que poseen relación de consanguinidad o marital con el paciente critico (padre, madre, hijo(a), esposo(a). etc. que interactúan en experiencias de vida, salud enfermedad.

**CUIDADO DE ENFERMERIA:** Conjunto de procedimientos y actividades en función a las necesidades del pacientes, en el cual se establece una relación entre la persona que recibe cuidado y la persona quien brinda cuidado.

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, porque nos permitió medir estadísticamente cual es el nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado Enfermero. Este tipo de investigación, según Hernandez<sup>18</sup>, se concibe como un sistema de variables que se operativizan para asegurar que los datos obtenidos sean medidos objetivamente, lo que permitió generalizar los resultados trascendiendo sobre los contextos, las circunstancias y el tiempo. Al concebir la realidad como un sistema de variables. Las personas, los escenarios o los grupos también son reducidos a variables.

#### **3.2. Diseño de la Investigación.**

El diseño empleado fue descriptivo de tipo transversal en la cual se obtuvo información en un determinado tiempo; que busco especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

El presente estudio tiene el siguiente diseño: S ————— O

S = Muestra de estudio conformada por familiares del paciente crítico.

O = Datos obtenidos como respuesta a la percepción del cuidado enfermero.

### **3.3. Población y muestra.**

La población llamada también universo es la totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica, susceptible de ser estudiada. En el presente trabajo de investigación la muestra estuvo constituida por la población muestral (53 familiares) considerando los familiares directos de cada paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Lambayeque durante los meses de julio a diciembre 2015.

Para la selección de la muestra se aplicarán los siguientes criterios:

#### **De Inclusión:**

- ✓ Familiares de pacientes con una estancia igual o mayor a tres día Internados en la UCI
- ✓ Ser familiares directos (padres, esposa(o) e hijos.) y que tengan mayor permanencia en el servicio.
- ✓ Los Familiares que acepten participar en el estudio.
- ✓ Mayores de 18 años.

#### **De Exclusión:**

- ✓ Que sean quechua hablantes.
- ✓ Familiares que tengan algún parentesco con el personal de enfermería de la institución.

### 3.4. Técnica, Instrumentos y materiales para la Recolección de datos.

El instrumento empleado corresponde a un cuestionario respecto de la calidad de atención de enfermería que nos permitió obtener información sobre la atención recibida en la unidad de cuidados intensivos. Dicho instrumento se basa en la percepción de calidad y las dimensiones de Donabedian<sup>15</sup>; los aspectos técnicos de la atención (calidad técnica), las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario (calidad humana), y el contexto o entorno de la atención (entorno de la calidad).

El instrumento consta con 21 preguntas, formuladas en escala de Likert, que permitirá medir el nivel de percepción del familiar respecto al cuidado enfermero, utilizando opciones de respuestas: malo, regular, bueno y excelente.

Las puntuaciones de las respuestas por cada posibilidad, en caso de ser un enunciado positivo, son como sigue:

Dimensiones:

- a. Malo (M).....1
- b. Regular (R)..... 2
- c. Bueno (B).....3
- d. Excelente (E).....4

Para medir la percepción, la variable se categorizó con los siguientes rangos según la puntuación obtenida:

Categoría	Calidad técnica	Calidad humana	Calidad del entorno	Total
Malo	0 – 8	0 - 8	0 – 5	0 – 21
Regular	9 – 16	9 – 16	6 – 10	22 – 42
Bueno	17 – 24	17 – 24	11 – 15	43 – 63
Excelente	25- 32	25- 32	16 – 20	64 – 84

Para la validación del instrumento fue sometido a juicio de expertos, quienes fueron tres enfermeras (os): Una que trabaja en el área de calidad, un Magister en enfermería y una enfermera especialista en Cuidados Intensivos. La prueba piloto se realizó en un escenario similar, como lo es la UCI del Hospital Privado Metropolitano. Se determinó la confiabilidad a través de la técnica de Alfa de Crombach, cuyo resultado fue de 0.912, que equivale al 91% , para George y Mallery<sup>19</sup>; este resultado es catalogado como altamente confiable.

### 3.5 Métodos de Procesamiento de la Información.

El manejo de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS *versión 20*, que es una potente herramienta de procesamiento de datos y análisis estadístico que permitirá analizar bases de datos para aplicaciones prácticas o para diversas necesidades de investigación; manejando bancos



de datos de gran magnitud y también efectuar análisis estadísticos muy complejos. Este programa permitió obtenerla así como la presentación de los resultados en cuadro de doble entrada.

### **3.6 Aspectos Éticos.**

Esta investigación se fundamentará en los criterios éticos establecidos en el informe Belmont <sup>20</sup>; emitido por la Comisión Nacional para la Protección de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Los principios éticos básicos se refieren a aquellos conceptos generales que sirven como justificación básica para los diversos principios éticos y evaluaciones de las acciones humanas. Así, tenemos:

El respeto por las personas:

Este principio se divide en dos exigencias morales separadas la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida. En este sentido, respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones de la propia persona, haciéndola deliberar acerca de sus metas. El respeto a la persona exige que los sujetos tengan información adecuada y participen de manera libre y voluntaria en la investigación

El principio de beneficencia. Este principio implica tratar a las personas de una manera ética, procurando su bienestar. Para ello, el informe Belmont ha formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles, dando origen a normas que

estipulan que los riesgos de la investigación sean razonables frente a los beneficios previstos, que la trayectoria metodológica sea acertada y que los investigadores sean competentes para realizar la investigación y para salvaguardar el bienestar de las personas que participan en ella.

El principio de justicia: hace referencia a respetar y tratar a las personas con igualdad. Los conceptos de justicia se relacionan con la investigación que incluye sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada cuidadosamente para determinar si algunas clases sociales están siendo seleccionadas sistemáticamente, simplemente por estar disponibles fácilmente, su posición comprometida o su fácil manipulación, en lugar de ser seleccionadas por razones directamente relacionadas con el problema de estudio. Las aplicaciones de los principios generales de la conducta de investigación nos llevan a considerar los siguientes requisitos: consentimiento informado, evaluación de riesgo/beneficio y la selección de sujetos de investigación

Consentimiento Informado: El respeto a las personas requiere que se dé a los sujetos, en la medida en que sean capaces, la oportunidad de elegir lo que les sucederá. La mayoría de los códigos de investigación establecen puntos específicos de declaración que tienen por objeto asegurar que se proporcione suficiente información a los sujetos. Estos puntos generalmente incluyen: el procedimiento de la investigación, sus propósitos, riesgos y beneficios anticipados, procedimientos alternos (cuando se incluye terapia) y una declaración ofreciendo al sujeto la

oportunidad de hacer preguntas y retirarse en cualquier momento de la investigación. Se han propuesto otros puntos incluyendo cómo seleccionar sujetos, la persona responsable de la investigación, etc. Para que el consentimiento informado cumpla tales fines deberá tener las siguientes características: información, comprensión, y por parte de la persona, la calidad de voluntario a participar en la ejecución de la investigación.

**Evaluación de Riesgos y Beneficios:** Significa examinar si la investigación propuesta está diseñada de manera adecuada. La exigencia de que la investigación se justifique en base a una evaluación favorable de riesgos y beneficios está íntimamente relacionada con el principio de beneficencia, del mismo modo que la exigencia moral de que se obtenga consentimiento informado se deriva primordialmente del principio de respeto a las personas.

### **3.7. Criterios de rigor científico.**

Para esta investigación se tuvieron en cuenta los principios de rigor científico, planteados por Guba, en 1989<sup>21</sup> y descritos a continuación:

**Validez interna:** El valor de la verdad, isomorfismos entra la realidad y los datos recogidos; es así que se estableció confianza entre las investigadoras y los sujetos investigados considerando el contexto donde se realizó la investigación.

**Validez externa:** Grado en que puede aplicarse los descubrimientos de una investigación a otros sujetos o contextos

**Fiabilidad:** Grado en que los instrumentos repiten las mismas medidas en las mismas circunstancias. Los instrumentos usados en la investigación fueron usados en otros estudios, lo que permitió su uso en forma confiable.

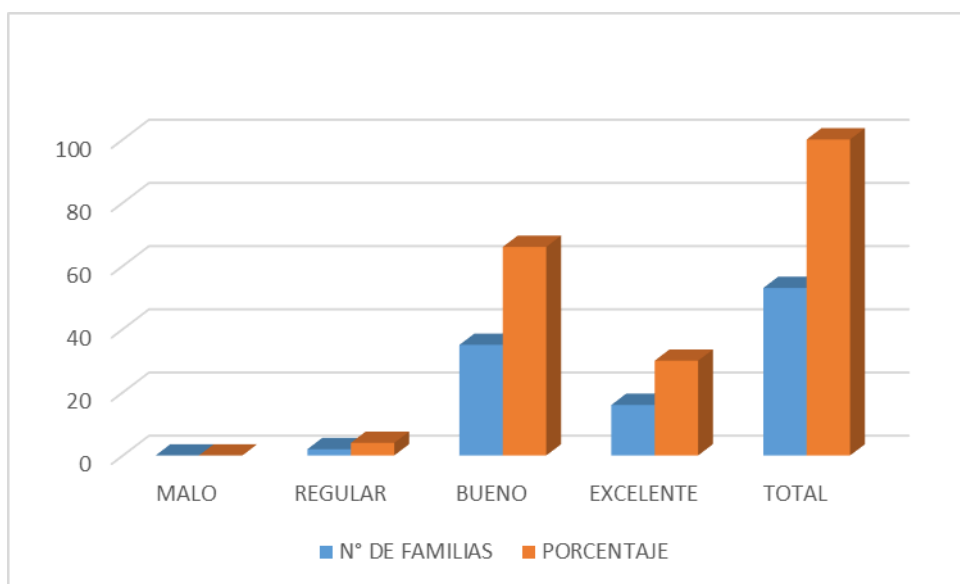
**Objetividad:** Bajo este criterio la investigación está exenta de la influencia de las investigadoras y los resultados se plasmaron de manera real con los datos obtenidos.

.

## **CAPITULO IV**

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

### 4.1 Resultados de los gráficos.

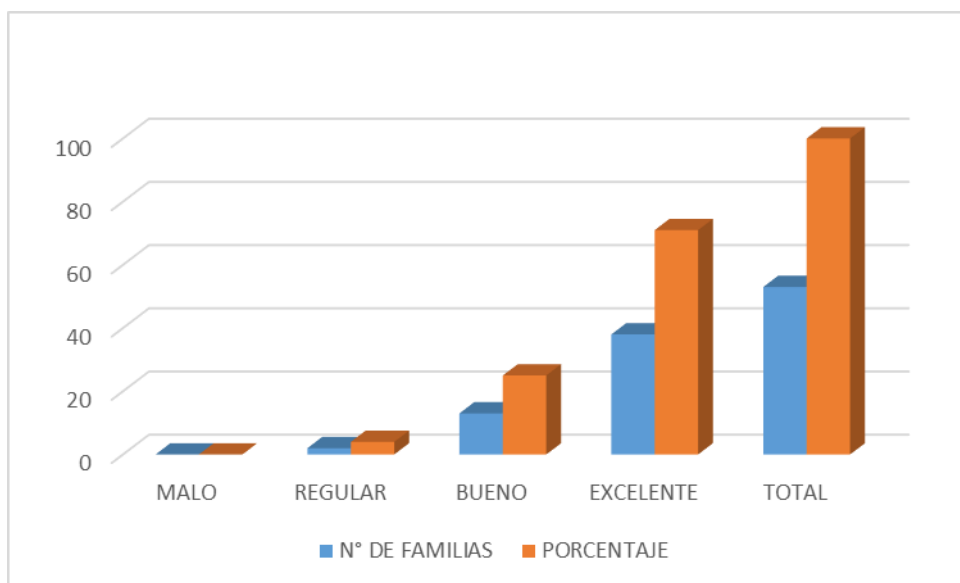


	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	TOTAL
N° DE FAMILIAS	0	2	35	16	53
PORCENTAJE	0	4	66	30	100

**Gráfico N° 1:** Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado, respecto a la dimensión calidad técnica del cuidado enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque”

Fuente: Cuestionario aplicado a los familiares del hospital regional Lambayeque de julio a diciembre del 2015.

El gráfico N°1, muestra que la percepción sobre la calidad técnica del cuidado enfermero, en el 66 % de los familiares es buena, y 30 % excelente.

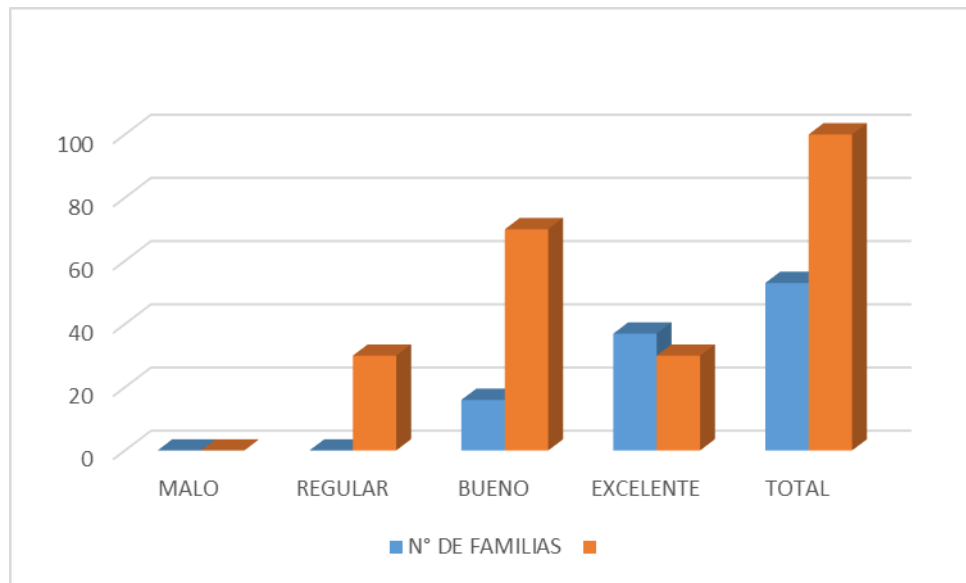


	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	TOTAL
N° DE FAMILIAS	0	2	13	38	53
PORCENTAJE	0	4	25	71	100

Gráfico N° 2: Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto a la calidad humana, del cuidado enfermero en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque”.

Fuente: Cuestionario aplicado a los familiares del Hospital Regional Lambayeque de julio a diciembre del 2015.

El gráfico N°2, muestra que la percepción del familiar sobre la calidad humana del cuidado enfermero, es en un 71 % excelente, y un 25 % buena, con lo cual podemos establecer que el trato y las normas de convivencia entre estos sujetos es adecuadas por lo tanto satisfecho.



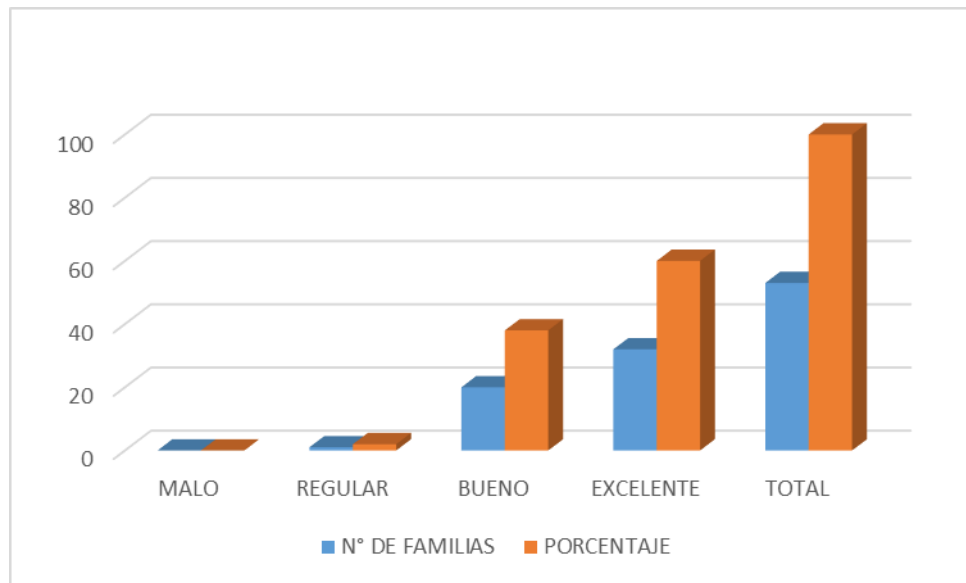
	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	TOTAL
N° DE FAMILIAS	0	0	16	37	53
	0	30	70	30	100

Gráfico 3. Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al entorno en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Lambayeque”.

Fuente: Cuestionario aplicado a los familiares del hospital regional Lambayeque de julio a diciembre del 2015.

El gráfico N°3, muestra que la percepción del familiar sobre la calidad del entorno del cuidado enfermero, es en un 70 % excelente, y un 30 % buena, con lo cual podemos establecer que la infraestructura y equipo del servicio son catalogados como de alta calidad.





	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE	TOTAL
N° DE FAMILIAS	0	1	20	32	53
PORCENTAJE	0	2	38	60	100

El gráfico N<sup>a</sup> 4: Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado enfermero en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque”.

Fuente: Cuestionario aplicado a los familiares del hospital regional Lambayeque de julio a diciembre del 2015.

El gráfico N<sup>o</sup>4, muestra que la percepción del familiar sobre la calidad del cuidado enfermero, es en un 60% excelente, y un 38 % buena, con lo cual podemos establecer que el cuidado enfermero es de calidad.

## 4.2. Discusión de los resultados

El cuidado que otorga el personal de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos, en la actualidad es uno de los temas de mayor importancia para identificar el trato humanizado al paciente y su familia, en tal sentido la estancia de un ser querido en dicha unidad, es para la familia una experiencia estresante, traumática y desagradable que se relaciona con enfrentarse a una situación de salud cercana a la muerte, el sufrimiento, la ruptura de roles y el desconocimiento.

En el presente estudio se indagó sobre el nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado enfermero, en la UCI del Hospital Regional Lambayeque, Chiclayo del 2015.

El cuidado en ese sentido es definido como prestación de atención que trasciende las técnicas que engloba satisfacción de necesidades físicas, de afecto escucha y de política institucional en relación con las familias; es decir está relacionado a la dimensión ontológica y epistemológica del ser humano, siendo un proceso que determina las acciones, el verdadero "estar-en-el-mundo" hace parte de nosotros como seres humanos que nos relacionamos, enfrentamos dificultades, conocemos el mundo, a nosotros mismos, nuestras posibilidades, necesidades y limitaciones. El acto de cuidar aparece con un significado para el ser humano, que puede clasificarlo de acuerdo con su manera de vivir <sup>1</sup>. En otras palabras es una expresión de la persona, no es una mera actividad asistencial, puesto que en ello involucra

sentimientos del cuidador y del cuidado, al igual que temer a las reacciones de ambos.

Como bien se ha podido evidenciar el cuidar es más que un acto, es una actitud para con el otro, un "modo de ser" que representa las intenciones, las expectativas y las necesidades de ser y estar inserto en la realidad concreta del mundo. Para Barbosa <sup>3</sup>; el cuidado es la medida en que se desenvuelve una actitud, una relación de responsabilidad interhumana para satisfacer, conocer y compartir experiencias y comportamientos con las otras personas.

En ese sentido las enfermeras del servicio de UCI, del hospital Regional Lambayeque, han implementado de manera individual un sistema de atención que varía según su experiencia profesional, estudios de especialidad entre otras, que ponen en cuestionamiento cómo perciben el cuidado de enfermería los familiares de los pacientes hospitalizados en las unidades de cuidados intensivos. La percepción está relacionado a evaluar tres dimensiones: La percepción del familiar sobre la calidad técnica, calidad humana y calidad del entorno.

Al respecto muchas investigaciones han tomado este tema en cuestión, una de ellas es Ross Torrents<sup>22</sup>; en el cual manifiesta que el 100% de los familiares perciben sentimientos en el momento del ingreso que se manifiestan a través de gravedad (32%), angustia (21%), miedo (19%) y otros. En relación al protocolo de recepción se evidenciaron que el 93% de

los familiares fueron recibidos por la enfermera, y el 41% recuerda que la enfermera se presentó por su nombre.

Estos datos nos dan evidencia que si bien en las unidades críticas los familiares ingresan a conocer el servicio de una manera desconcertada y temerosa, y que un proceso como la presentación puede brindar seguridad, aunque en nuestro panorama es muy probable que se requiera mucha destreza. Ante este panorama, el gráfico N°1, muestra que la percepción del familiar sobre la calidad técnica del cuidado enfermero, es en un 66 % buena, y un 30 % excelente, con lo cual podemos establecer que los procedimientos y técnicas que realizan las enfermeras del servicio de UCI del Hospital Regional Lambayeque son adecuadas y dan satisfacción a la familia. La experiencia comprobada en las enfermeras ha descrito que el cuidado de enfermería es adecuado o de calidad esto puede ser atribuido a que en las unidades de cuidados intensivos debido a la inestabilidad del paciente, las enfermeras se centran en la observación y monitorización estrecha del paciente, de forma que, aunque considera que es necesario tener en cuenta los requerimientos de la familia, la realidad es que pasan a un segundo plano, este actuar para el tipo de pacientes que se reciben es adecuado, puesto que lo que se busca en primer lugar es la atención técnica y oportuna, que es reflejado en la monitorización permanente y en el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas. Para Santana; los familiares y los profesionales que cuidan del paciente crítico tendrán sus propias percepciones acerca de las

necesidades de la familia del paciente ingresado en una unidad de Medicina Intensiva<sup>23</sup>.

Otro aspecto es la empatía, considerada como la capacidad de brindar cuidado y atención personalizada a cada persona atendida. Ese aspecto de la calidad es manifestada en el gráfico N°2, donde se muestra que la percepción del familiar sobre la calidad humana del cuidado enfermero, es en un 71 % excelente, y un 25 % buena, con lo cual podemos establecer que el trato y las normas de convivencia entre estos sujetos es adecuadas por lo tanto satisfecho.

Como se aprecia el proceso de internamiento en UCI puede provocar en los pacientes y también en la familia alteraciones psicológicas como consecuencia de la nueva situación que experimentan, por ello es importante que la enfermera interactúe de manera empática con el paciente y sobre todo con el familiar, puesto que muchas veces el paciente ingresa a la unidad en condiciones de sedación o alteración de la conciencia, con la finalidad de lograr que la experiencia sea lo menos traumática. Ante dicho panorama el cuidado que brinda la enfermera denota satisfacción en la familia del paciente hospitalizado en la UCI del HRL, al margen de cuan alta puede ser la competencia científico técnico del profesional, si la enfermera en la interacción con la familia no llega a comunicarse con eficiencia, es decir la comunicación verbal y no verbal no son congruentes o no son comprensibles,

entonces el familiar manifestará insatisfacción con la atención que brinda la enfermera.

Así lo dio a conocer Canales<sup>10</sup>; en su estudio: “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención que realiza la enfermera durante la crisis situacional en la UCI Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Abril del 2003. Donde concluyó que los familiares del paciente crítico perciben la intervención de enfermería durante la crisis situacional como indiferente en las dimensiones de comunicación verbal y apoyo emocional; y prioritariamente desfavorable en la dimensión de comunicación no verbal.

Sin embargo hay que considerar que según el estudio de Castañeda<sup>24</sup>, la calidad siempre va estar relacionado con lo que algo quiere o espera y que ha obtenido, en ese sentido la población ha estado expuesta al cuidado en otras instituciones reconocidas en nuestra localidad, y una exposición a una nueva institución puede ser el punto en el cual la satisfacción emocional es adecuada. Satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud es un proceso complejo de intersubjetividades porque sólo se puede satisfacer realmente a los usuarios, si los trabajadores que brindan los servicios también se encuentran satisfechos.

Este punto es muy desconcertante puesto que brindar una buena atención puede ser apreciada de diversas maneras como, un trabajo de RCP, puede ser fallido, pero los familiares pueden estar satisfecho por la buena atención que ha percibido ya que ellos darían por comprobado que se hizo todo lo posible.

De otra manera un RCP bien hecho, que puede ser un éxito y salir insatisfecho porque no se le permitió estar presente, o porque se les levanto la voz, entre otras aspectos.

En definitiva la calidad de cuidados en la dimensión de empatía está muy relacionada a la conducta de la enfermera durante las diversas situaciones que pueden suscitarse, y que en ese sentido es relativo y cambiante según el tiempo de ocurrido el evento.

Otro punto es el gráfico N°3, que muestra que la percepción del familiar sobre la calidad del entorno del cuidado enfermero, es en un 70 % excelente, y un 30 % buena, con lo cual podemos establecer que la infraestructura y equipo del servicio son catalogados como de alta calidad. Como bien se conoce los aspectos tangibles, son evaluados según apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal y material de comunicación. Son los aspectos físicos que el cliente percibe en la organización. Cuestiones tales como limpieza y modernidad son evaluadas en los elementos personas, infraestructura y objetos.

La calidad de atención en organizaciones de servicios ha sido interpretada de múltiples formas. Para Juran<sup>14</sup>, la calidad representa *"aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias"*. Para Hewitt<sup>25</sup>; destaca la deprivación sensorial, definida como una reducción en la cualidad o cantidad de estimulación. Asimismo, identifica 5 tipos de alteraciones ambientales que pueden conducir a un comportamiento anormal:

una reducción en la cantidad y variedad de estimulación, pequeñas variaciones en los estímulos, ruido excesivo, aislamiento físico y social y restricciones de movimiento. Respecto del ruido, la autora identifica las alarmas, los equipos de aspiración dejados en funcionamiento tras su utilización y los teléfonos como factores que contribuyen al malestar de los pacientes.

Al respecto Novaes<sup>26</sup>, manifiesta que al correlacionar estresores físicos y psicológicos presentes en la UCI con diferentes variables demográficas, mostraron que «tener dolor» fue considerado el principal estresor, seguido de la «incapacidad para dormir» y «tener tubos en la nariz o la boca», lo cual limita la comunicación y la capacidad de comer, y añade estrés a las privaciones ya experimentadas por los pacientes. El sentimiento de no tener control de uno mismo, fue considerado el cuarto estresor, siendo el primero desde el punto de vista psicológico. Según los autores, esta falta de independencia puede generar angustia y sensación de desamparo, y podría ser considerada la principal causa de inestabilidad psicológica en este contexto. El quinto estresor mencionado por los pacientes entre los más importantes fue el «estado de verse atado por los tubos», situación que se contradice con el estado natural de libertad de movimiento.

En definitiva como muestra el gráfico N°4, muestra que la percepción del familiar sobre la calidad del cuidado enfermero, es en un 60 % excelente, y



un 38 % buena, con lo cual podemos establecer que la calidad del cuidado enfermero es de calidad.

Hay que tomar en cuenta que la percepción es un acto complejo que depende tanto de quien recibe como de quien proporciona la información; Percibimos sensaciones, sentimientos y la intimidad de la otra persona, en ese momento el individuo reduce el mundo que lo rodea a unos hechos concretos, por lo tanto se puede definir como la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro.

Donabedian<sup>15</sup>, considera que calidad es “la efectividad del cuidado para lograr y producir salud y satisfacción, definidas por los miembros individuales de una sociedad o subcultura particular; es el valor último de la calidad del cuidado”. Dicho autor define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes.

Calidad en enfermería se puede definir como las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de los usuarios buscando alcanzar la excelencia en la calidad de la prestación de los servicios, teniendo en cuenta que el usuario engloba a la persona con problemas de salud, a sus familiares y a la sociedad

en general. La calidad del cuidado en enfermería se puede definir entonces como el resultado alcanzado a través de la gerencia del cuidado, mediante la cual se satisfacen las necesidades reales y sentidas de los usuarios, donde interviene el trabajo individual y en equipo, para alcanzar la satisfacción de la persona, la familia y la sociedad en general.

En la evaluación de la calidad del cuidado de enfermería existe un predominio en el abordaje cuantitativo, dejando de lado las características subjetivas del cuidado, en el cual se abandona el significado de este, que es considerado la esencia del quehacer de enfermería, se olvida que cuidar es reconocer la realidad del otro, establecer una relación de intercambio, donde cuidar no es sinónimo de curar, sino que el cuidar es un medio para curar. Los avances tecnológicos, el incremento en las funciones administrativas y las políticas de las instituciones han contribuido al abandono del cuidado con calidad, y han favorecido que el cuidado se convierta en una acción fría y distante, con actividades orientadas a “curar”, donde el cuidado individual y grupal ha perdido el énfasis que debe tener en el ejercicio profesional.

La meta del cuidado que brinda enfermería en las UCI “es proporcionar un ambiente seguro, saludable, óptimo, eficiente y efectivo y garantizar la presencia de un equipo de enfermería y multiprofesional altamente calificado para resolver los problemas vitales de los pacientes que cursan estados críticos de salud y dar soporte terapéutico a las familias de los pacientes”; en cuanto al objetivo del cuidado de enfermería en las UCI, se define como

“participar idóneamente en todos los procesos terapéuticos encaminados al restablecimiento de las funciones vitales alteradas en los pacientes críticos y recuperar los valores límites necesarios para conservar la vida de los pacientes , limitando al máximo las secuelas, que pongan en riesgo la calidad de vida de los pacientes” Los pacientes hospitalizados en las UCI experimentan problemas generados por el mismo estado crítico de salud, por ejemplo un bajo gasto cardiaco secundario a una falla ventricular izquierda ocasionada por un infarto agudo del miocardio o un edema pulmonar agudo de origen cardiogénico o una hipertensión endocraneana severa, secundaria a un trauma craneoencefálico, o una falla circulatoria aguda como consecuencia de un shock hipovolémico severo.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intersubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro, Zas<sup>27</sup>.

La evaluación de la calidad del cuidado de enfermería es un proceso que busca alcanzar estándares de excelencia dentro de la gerencia del cuidado; para determinar la calidad es necesario definir mecanismos claros, precisos y ágiles, que permitan establecer procesos en los que se realice la medición, la

evaluación y el establecimiento de planes de mejoramiento, acordes con los hallazgos.

## **CAPITULO V**

## CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación ha permitido plantear las siguientes conclusiones:

1. EL 60% de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Regional Lambayeque perciben el cuidado de Enfermería en un nivel excelente y en un 38% como bueno.
2. El 66% de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Regional Lambayeque perciben la calidad técnica del cuidado enfermería en un nivel de bueno y excelente en un 30 %.
3. El 71% de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Regional Lambayeque perciben a la calidad humana del cuidado enfermero como excelente y un menor porcentaje del 25% como bueno.
4. El 70 % de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI del Hospital Regional Lambayeque perciben respecto a la calidad del entorno como excelente y 30% como bueno.

## **RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS**

De acuerdo a los resultados de la investigación, recomendamos lo siguiente:

### **A la Jefa del Departamento de Enfermería:**

Formular estrategias a través de cursos o talleres de capacitación dirigidas al personal de enfermería, orientadas a preservar la buena intervención de enfermería a fin de reorientar su labor como agente terapéutico durante el proceso de hospitalización que enfrentan las familias, favoreciendo la relación enfermera-familia.

### **Al personal asistencial de enfermería del hospital regional Lambayeque :**

Que las enfermeras propicien mayor acercamiento con el familiar del paciente crítico en forma programada y esquematizada en el rol de funciones. Asimismo elaborar programas y protocolos sobre la intervención de enfermería en una unidad de cuidados críticos.

### **A la facultad de enfermería:**

Para incluir nuevas teorías de enfermería dentro de las asignaturas de las diferentes especialidades donde se aborden las teorías del cuidado humano. Además se promuevan estudios de investigación que den aportes al desarrollo de las ciencias de enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva MJP. La comunicación es la medicina: la comunicación en las relaciones interpersonales en la salud. 3 ed. São Paulo: Loyola; 2002.
2. Jean Watson. Ciencia de cuidado humano: La teoría de enfermería. 2da Edición. Estados Unidos de América. Derechos de autor. 2012.
3. Barbosa de Pinho L, Azevedo dos Santos SM. Significados y percepciones sobre el cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. Index Enferm [revista en internet]. 2006 [acceso 5 de febrero de 2013]. Disponible:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200004&lng=es&nrm=iso).
4. Zaforteza C, de Pedro JE, Gastaldo D, Lastra P, Sánchez-Cuenca P. "Relación entre enfermeras de Unidades de Cuidados Intensivos y familiares: Indicios para el cambio". Universidad de Toronto, Canadá. 2004.
5. Hernández V, Lázaro L, Dulce María Z, and Amauri de Jesús M. "La percepción del cuidado en profesionales de enfermería." *Revista cubana de enfermería*. Versión on-line. Ciudad de la Habana. 2010.  
  
Disponible: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000100007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000100007).
6. Oliveira M; Cátia Millene D. Estudio denominado "La hospitalización en la unidad de cuidados intensivos". Brasil. 2010



7. Ramírez C, Perdomo Y. “Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos”. Artículo de investigación. Aprobado en Brasil. 2013.  
  
Disponible:<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/42182/46025>
8. Abizanda R. Sobre las necesidades reales de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [revista en la Internet]. 2007.
9. Velazques L. Percepción de los familiares acerca de la calidad de atención de la enfermera en la UCI-Clínica Tezza. [Tesis para optar el Título de Especialista de Enfermera Intensivista. Perú. 2006.
10. Canales, R. “Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. 2003”.  
  
Disponible: [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params),  
revisado 20 de octubre 2014.
11. Vera R. Waldow. Ética de los cuidados; Cuidar: expresión humanizadora de la Enfermería. [Cuidar: Expressão humanizadora da enfermagem]. Está escrito en portugués, pero está traducido al castellano por la editorial Palabra ediciones en 2008 en México. Disponible: <http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7714.ph>.
12. Torralba F.R. Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Instituto Borja de Bioética. Fundación Mapfre Medicina; 2002.

- a. Disponible: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref).
13. Artaza O, Méndez C, Holder R, Suárez JM. Redes integradas de servicios de salud: El desafío de los hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS. 2011
14. Juran, J. M. y Gryna, Frank M. Manual de Control de la Calidad. Volumen II. 4ta Edición, Mc Graw-Hill/Interamericana. España. 2001.
15. Donabedian Avedis. “La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad”. Salud Pública. México. 2001.
16. Ardon N. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de atención, Bogotá 2003 – 2004 [Monografía de especialista en Administración en Salud y seguridad social]. Bogotá: Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias económicas y administrativas; 2005.
17. Cevallos L; Martinez S; Lucana F: “Percepción de los familiares de Pacientes con TEC acerca de la intervención de la enfermera en la Crisis Situacionales el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas santo Toribio de Mogrovejo”. U.N.M.S.M. Lima-Perú. (1993)
18. Hernández, R. Metodología de la investigación científica. 5ta edición. Edit. McGraw - Hill Interamericana. 2010.
19. George, D. & Mallery. PSPSS para windows paso a paso: una guía simple y referencia. 2003.
20. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. Creación: Comisión Nacional para la

protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Comprobado en Navarra (España). Abril 2003.

21. Guba, E.G. “Criterios de credibilidad en la investigación naturalista”. Madrid. 1989.
22. Torrents R, Oliva E, Saucedo J: "Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada". Barcelona. 2003. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva>.
23. Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva A: "Necesidades de los familiares de pacientes de cuidados intensivos: percepción de los familiares y del profesional". Hospital Universitario Insular de Gran Canaria. España. 2007.  
  
Disponible en: [cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007006600002](http://cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007006600002)
24. Castañeda M. Propuesta metodológica para la evaluación de la calidad de los servicios clínicos de prótesis estomatológica. MEDISAN [revista en la Internet]. 2013.
25. Hewitt J. Trastorno Psycho-afectivo en unidades de cuidados intensivos: una revisión clin nurs. 2002. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=2233722&pid=S0210-5691200700660000600008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2233722&pid=S0210-5691200700660000600008&lng=es)

26. Novaes M, Aronovich A, Ferraz M, Knobel E: Estresores en UCI: evaluación de pacientes. Med intensiva.1997. Disponible en : <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/154061/158271>
27. Zas B. Psicología de la Salud y gestión institucional. Editorial: libro de Psicología de la Salud. Universidad de Guadalajara. 2004.

# **ANEXOS**

**Anexo N° 01**

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POST GRADO



Seudónimos:-----

Fecha: \_\_\_\_\_

A continuación le presentamos una serie de preguntas que corresponden a una serie de comportamientos que usted puede evidenciar diariamente. Lea con cuidado y detenimiento y contesta con sinceridad, marcando con un aspa en el cuadro correspondiente. De acuerdo con los siguientes criterios:

Malo	Regular	Bueno	Excelente
------	---------	-------	-----------

Interrogante	M	R	B	E
Calidad Técnica:				
Como percibe usted el cumplimiento del cuidado de la Enfermera (administración de medicamentos, aspiración de				

secreciones, cambio de posiciones, alimentación, etc.) hacia su paciente.				
Como percibe Ud. el cumplimiento del horario y tiempo de visita a su paciente.				
Como percibe usted la utilización de los insumos, necesarios en la atención de su paciente.				
Como percibe usted el tiempo de espera para ser atendido por la enfermera.				
Como percibe usted el entorno laboral entre las enfermeras y el resto del equipo de salud.				
Como percibe usted la entrega de información que le proporciona la enfermera, acerca de su paciente.				
Como percibe usted la				

preparación (capacitación) del personal de enfermería para hacer su trabajo.				
Calidad Humana				
Como percibe el trato personalizado de la enfermera hacia su paciente.				
Como percibe la forma en que la enfermera se identifica ante usted y su paciente.				
Como percibe el tono de voz usado por la enfermera para dirigirse a usted.				
Como percibe la capacidad empática de la enfermera hacia usted y su paciente.				
Como percibe la disposición de la enfermera para atender sus necesidades espirituales y sus creencias.				
Como percibe usted la				



capacidad de la enfermera para solucionar problemas en relación a su paciente.				
Como percibe la disposición de la enfermera para despejar sus dudas e inquietudes.				
Como percibe usted la interacción de la enfermera con los familiares durante la visita.				
Calidad del entorno.				
Como percibe usted las medidas de seguridad hacia su paciente implementadas por la enfermera (barandas, muñequeras).				
Como percibe el orden y limpieza del ambiente donde se atiende a su paciente.				
Como percibe la privacidad sobre la información que maneja la enfermera acerca del				

estado de salud de su paciente.				
Como percibe la Limpieza de la unidad de su familiar				
Como percibe la confianza (seguridad), que la enfermera transmite durante el cuidado a su paciente.				

## Anexo N° 02

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POST GRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo,..... Acepto participar voluntariamente en la investigación: “Nivel de percepción de la familia del paciente hospitalizado respecto al cuidado Enfermero del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Regional Lambayeque- Chiclayo 2015”, elaborada por la Lic. Enf. Ela Gonzáles Bustamante y la Lic. Enf. Mavila Guevara Medina. Cuyo objetivo es recolectar información, que servirá únicamente para la Investigación. Para la cual responderé un cuestionario de preguntas que tomará aproximadamente 30 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Se me entregará una copia de este documento, además podré pedir información sobre los resultados de este estudio cuando haya concluido.

.....

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

